**Honorarvereinbarung nach § 2 Abs. 1 und 2 GOZ**

Zwischen ZA Dr. MSc. Kim-Kai Mustersternchen

Und \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abweichend vom Gebührenrahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vereinbaren o.a. Personen nach persönlicher Aufklärung für die folgenden Leistungen die aufgeführten Honorare und Steigerungssätze:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zähne** | **Anzahl** | **Nr.** | **Leistungsbeschreibung** | **Faktor** | **Betrag** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 2060 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), einflächig | x | y |
|  |  | 2080 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), zweiflächig | xx | yy |
|  |  | 2100 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), dreiflächig | xxx | yyy |
|  |  | 2120 | Präparieren einer Kavität und Restauration mit Kompositmaterialien, in Adhäsivtechnik (Konditionieren), mehr als dreiflächig  | xxxx | yyyy |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesamtbetrag** |  |

Eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen ist möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet. Die Höhe der Erstattung regelt sich nach Ihrem Versicherungsvertrag

Ort Datum Unterschrift Zahnarzt/ärztin

Ort Datum Unterschrift Patient/in, Zahlungspflichtige/r